

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۶، شماره ۴، تابستان ۱۳۹۵

کارایی تکنیک‌های مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش مشکلات ناشی از درد در بیماران دارای درد مزمن عضلانی اسکلتی



مریم امینی فسخودی^۱، مجید محمود علیلو^۲، عباس بخشی پور رودسری^۲، محمد حسین قدرتی^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز

۲. استاد دانشگاه تبریز- دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی

۳. فلوشیپ درد

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۲۳

تاریخ بازبینی: ۹۴/۷/۹

تاریخ دریافت: ۹۴/۶/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: هدف از تحقیق حاضر بررسی اثربخشی تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد و شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به صورت بررسی تک آزمودنی بر پایه طرح خط پایه چندگانه که جزو طرح‌های نیمه آزمایشی است، انجام شد. آزمودنی‌های پژوهش دو بیمار زن مبتلا به کمردرد مزمن بودند که به شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک درد تبریز و براساس تشخیص متخصص درد، مصاحبه بالینی و ابزارهای غربال‌گیری، وارد پژوهش شدند. پروتکل درمان در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر روی ۲ بیمار زن مبتلا به کمردرد مزمن اجرا شد. هم‌چنین ۲ جلسه خط پایه و یک جلسه پیگیری ۱ ماهه نیز وجود داشت. پرسش‌نامه‌های فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد و نمره دیداری درد در جلسات خط پایه، پنجم، هفتم، نهم، یازدهم، چهاردهم و جلسه پیگیری، توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. نتایج درمان از طریق روش ترسیم دیداری بررسی شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد و شدت درد موثر است و این اثرات به میزان زیادی در مرحله پیگیری نیز در بیماران باقی می‌ماند.

نتیجه‌گیری: به کارگیری درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان دارویی در درمان بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی موثر است.

واژه‌های کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیکی، درد مزمن عضلانی-اسکلتی، فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد، شدت درد

مقدمه

نوع درد تا حد زیادی بر عملکرد روزانه و حرفه‌ای فرد مبتلا اثر منفی می‌گذارد و علاوه بر درمان‌های دارویی و پزشکی نیازمند مداخلات روان‌شناختی جهت پیشگیری از افت کارکرد و ناتوانی جسمانی و روانی می‌باشد^(۱). تحقیقات زیادی بر روی عوامل روانی-اجتماعی به عنوان

درد مزمن دردی است که دوره بهبودی آن بیش از زمان معمول و مورد انتظار طول می‌کشد. بنابر معیارهای انجمن بین‌المللی درد، این زمان برای اهداف پژوهشی حداقل ۳ ماه و برای اهداف بالینی ۶ ماه تعیین شده است^(۱). این

نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز

پست الکترونیک: amini.maryam329@gmail.com

به اثبات رسیده است و تنظیم هیجان می‌تواند یک عامل مهم در رشد و پایداری مسائل مربوط به درد باشد^(۱۱). بر اساس یک مدل تنظیم هیجان رفتاری (مدل اوربرو) فاجعه‌آمیزی به‌عنوان یک متغیر میانجی، می‌تواند نقش مهمی در بازگشت مجدد درد و مزمن شدن آن داشته باشد این مدل بر اساس دو فرآیند تنظیم هیجان و فاجعه‌آمیزی نشان می‌دهد افرادی که با نگرانی‌های مربوط به درد و هیجان منفی ناشی از آن دل‌مشغول هستند و دست به فاجعه‌آمیزی می‌زنند، در به‌کار بردن راهبردهای تنظیم هیجان ناموفق هستند و این موجب بازگشت مجدد درد، فاجعه‌آمیزی بیشتر، ناتوانی ناشی از درد و مزمن شدن آن می‌شود. اما هنگامی که فرآیند تنظیم هیجان موفقیت‌آمیز باشد، امکان بهبودی بالا می‌رود و از مزمن شدن درد جلوگیری می‌کند^(۱۲). از آنجایی که، درد و هیجان مکانیسم‌های یکسانی را به‌منظور کاهش شرایط نامساعد راه‌اندازی می‌کنند، در نتیجه بهتر است رویکردهای درمانی که برای درمان افراد با درد مزمن در نظر گرفته می‌شوند، بر روی مسائل مربوط به تنظیم هیجان نیز تمرکز کنند. به‌منظور پرکردن این شکاف، عده‌ای از محققان توجه خود را به درمان‌هایی که در روانشناسی به درمان‌های موج سوم مشهورند، جلب کرده‌اند^(۱۳). با توجه به این یافته‌ها، رفتار درمانی دیالکتیکی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین درمان‌های موج سوم، برای درمان بیماران در این پژوهش در نظر گرفته شده است. رفتار درمانی دیالکتیکی که برای اولین بار برای درمان بیماران مرزی (بوردر لاین) به‌کار رفت، یک درمان شناختی-رفتاری است که هسته اصلی آن، تنظیم هیجان است و دارای دو جزء درمان فردی و آموزش مهارت‌های گروهی می‌باشد^(۱۴). هدف رفتار درمانی دیالکتیکی پذیرش بیمار و رفتارهای او بدون قضاوت کردن درباره آن‌هاست. طبق این دیدگاه هیجان‌ها اصیل و واقعی هستند و به کرات تجربه می‌شوند، ولی می‌توان واکنش به آنها را تعدیل و اصلاح کرد. تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی شامل تکنیک‌های بنیادی به‌کار رفته در درمان شناختی-رفتاری مانند مواجهه،

متغیرهایی که موجب آسیب‌پذیری و قضاوت ضعیف نسبت به درد می‌شوند، صورت گرفته است. این متغیرها مانند فاجعه‌آمیزی، پیش‌بینی‌کننده مزمن شدن درد و ناتوانی ناشی از آن هستند^(۳). فاجعه‌آمیزی تمرکز اغراق‌آمیز منفی روی شدت درد، درماندگی روان‌شناختی و پیامدهای منفی ناشی از آن می‌باشد^(۴). فاجعه‌آمیزی به‌عنوان یک متغیر میانجی، نقش مهمی در مزمن شدن درد دارد^(۵،۶). طبق مدل ترس-اجتناب، فاجعه‌آمیزی پیش‌بینی‌کننده ترس از حرکت، رفتارهای اجتنابی، ناتوانی ناشی از درد، افسردگی و تجربه شدت بیشتر درد است و با ایجاد یک چرخه معیوب منجر به مزمن شدن درد می‌شود^(۷). طبق این مدل افراد با درد حاد، به دو شیوه به درد پاسخ می‌دهند: اکثر افرادی که با درد مواجه می‌شوند آن را تهدید آمیز تلقی نکرده که به احتمال بیشتری درگیر فعالیت‌های روزانه می‌شوند و امکان بهبودی در آن‌ها بالا می‌رود اما در مقابل، ممکن است یک چرخه معیوب در افرادی شکل بگیرد که با ارزیابی‌های منفی و تفسیرهای غلط، درد را تهدید آمیز تلقی کرده و دچار سندرم درد مزمن می‌شوند. در واقع، افکار فاجعه‌آمیز موجب ترس از درد، ترس از حرکت و ترس از آسیب مجدد می‌شود که رفتارهای اجتنابی و گوش به زنگی بالا را به دنبال دارد و در طولانی مدت به علت عدم به‌کارگیری اندام‌های درگیر (به‌ویژه اندام‌های تحتانی)، منجر به ناتوانی در حرکت، کناره‌گیری اجتماعی، افسردگی و در نهایت شدت بیشتر درد، می‌شود^(۸). برای مثال، در پژوهشی که بر روی ۱۶۴ شرکت‌کننده مبتلا به درد حاد انجام گرفت، نمرات فاجعه‌آمیزی افراد قبل و بعد از شرکت در برنامه درمانی با هم مقایسه شدند و نتایج نشان دادند کاهش فاجعه‌آمیزی موجب کاهش شدت درد و بازگشت به کار در این افراد می‌شود^(۹). در رابطه با ماهیت فاجعه‌آمیزی بحث‌های چالش‌برانگیزی وجود دارد: فاجعه‌آمیزی می‌تواند یک سازه شناختی، یک راهکار غلبه‌ای متمرکز بر هیجان و یا یک ترکیب شناختی، رفتاری و هیجانی باشد^(۱۰). تاثیر عوامل هیجانی مانند ترس و اضطراب در مزمن شدن درد

از درمان و پیگیری، شرکت می‌کنند. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه بیماران بودند که در سه ماه آخر سال ۹۲ جهت دریافت خدمات پزشکی به کلینیک درد شهر تبریز مراجعه کرده بودند. گروه نمونه در این پژوهش شامل ۲ بیمار زن مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند از طریق انجام مصاحبه بالینی توسط روان‌شناس بالینی و زیر نظر پزشک متخصص انتخاب شدند و پس از احراز شرایط ورود و خروج پژوهش وارد فرآیند درمان شدند. سپس ابزارهای مورد نظر توسط پژوهشگر در اختیار هر دو بیمار قرار گرفت و زیر نظر او تکمیل شدند. پروتکل درمان به کار رفته در پژوهش حاضر براساس پروتکل به کار رفته در پژوهش لینتون^(۲۱) برای یک بیمار مبتلا به درد مزمن بود که زیر نظر استاد راهنما ترجمه و تهیه شد و شامل ۲ جلسه خط پایه، ۱۲ جلسه درمانی و ۱ جلسه پیگیری ۱ ماهه بود. تکنیک‌های به کار رفته در پژوهش حاضر شامل: تحمل پریشانی، ذهن آگاهی، اعتباربخشی، تنظیم هیجان، زنجیره تحلیل رفتار و مواجهه می‌باشد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: کاندیدای عمل جراحی نبودن (در صورت داشتن سابقه جراحی، بیش از ۳ ماه از عمل آن‌ها گذشته باشد)، انواع درد در ناحیه کمر، پا و ستون فقرات که حداقل ۶ ماه طول کشیده باشد، سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۴۰ سال، دارا بودن سطح تحصیلات حداقل دیپلم، و امضاء رضایت‌نامه کتبی توسط بیمار. ملاک‌های خروج شامل: درد مزمن به علت داشتن عفونت، سرطان، آرتریت روماتوئید (استئو آرتریت)، تومور، شکستگی شدید مهره‌ها، کمردرد به علت انحراف ساختاری در ستون فقرات، اسکولیوزیس، کمردرد به علت بارداری، داشتن بیش از دو بار جراحی، سابقه دریافت درمان و مدیریت درد، استفاده از مواد روان‌گردان، سابقه ضربه مغزی یا هر بیماری دیگری که در روند تحقیق اختلال ایجاد کند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش تک آزمودنی است و در آن از طرح

زنجیره تحلیل رفتاری، ثبت هیجانات و بازسازی شناختی و همچنین تکنیک‌هایی است که منحصر در رفتاردرمانی دیالکتیکی به کار می‌روند مانند: اعتبار بخشی، تفکر دیالکتیکی و ذهن آگاهی^(۱۴). تکنیک ذهن آگاهی به عنوان مهم‌ترین تکنیک رفتاردرمانی دیالکتیکی شامل رشد کنترل توجه، آگاهی از احساسات، مشاهده و توصیف رخدادها، افکار، هیجانات و حس‌های بدنی، تجربه کردن افکار و احساسات بدون قضاوت و ارزیابی، تمرکز بر یک محرک در زمان حال و توجه کردن مجدد به محرک در هنگام منحرف شدن حواس از آن، می‌باشد^(۱۵). ذهن آگاهی به دلیل داشتن ویژگی‌های انعطاف‌پذیری نسبت به هشیاری، خودتنظیمی و درگیر نشدن در پردازش‌های مفهومی، یک درمان مناسب برای فاجعه‌آمیزی می‌باشد، زیرا فاجعه آمیزی با تفسیرکردن، قضاوت کردن و درگیر شدن در پردازش‌های مفهومی، به‌طور خودکار به یک تنظیم هیجان ناموفق منجر می‌شود^(۱۶،۱۷). چندین مطالعه رابطه بین ذهن آگاهی با فاجعه‌آمیزی را گزارش کرده‌اند^(۱۸-۲۰). در پژوهشی که بر روی یک بیمار با سندرم درد مزمن انجام گرفت، کاربرد تکنیک‌های تنظیم هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی باعث کاهش علائم افسردگی و رفتارهای مربوط به درد (مانند فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت و شدت درد)، شد. همچنین کاهش علائم پس از ۳ ماه دوره پیگیری، گزارش شد^(۲۱). با توجه به این یافته‌ها، پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد و شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد. تا آنجا که بررسی به عمل آمد، تاکنون در ایران پژوهش مشابهی انجام نشده است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی تک آزمودنی با آزمودنی‌های متفاوت و سنجش پیوسته می‌باشد و آزمودنی‌ها به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان، پس

کل، بزرگ‌نمایی ۱۰٪ واریانس کل و درماندگی ۸٪ واریانس کل را تشکیل می‌دادند. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های نشخوارذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ و برای نمره کل مقیاس فاجعه سازی درد برابر با ۰/۸۷ بود. در یک پژوهش بر روی نمونه‌های ایرانی ضریب آلفای کرونباخ برای این خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۳ و ۰/۸۱ و برای نمره کل ۰/۸۴ بود^(۳۶).

پرسش‌نامه ترس از حرکت: این پرسش‌نامه دارای ۱۷ ماده می‌باشد و با مقیاس لیکرتی ۴ نمره‌ای (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود و نمرات بالاتر در این آزمون بیانگر ترس آزمودنی از حرکت به دلیل ادراک درد است که در نهایت می‌تواند موجب ناتوانی بیشتر به دلیل عدم تحرک در فرد مبتلا شود^(۳۷). در یک مطالعه بر روی نمونه‌های ایرانی آلفای کرونباخ نسخه ۱۷ سوالی، ۰/۸۰ به‌دست آمد^(۳۸). در مطالعه دیگری نیز ضریب آلفای کرونباخ نسخه ۱۷ سوالی، ۰/۸۴ گزارش شد^(۳۹).

پرسش‌نامه ناتوانی ناشی از درد: این پرسش‌نامه با هدف سنجش میزان ناتوانی در انجام کارهای روزانه به‌خاطر وجود درد ساخته شده است و یک ابزار خودگزارشی با ۲۴ سوال است و نمره بالاتر نشانه ناتوانی جسمی شدیدتر است^(۴۰). در یک پژوهش بر روی نمونه‌های ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شد^(۳۹).

پرسش‌نامه شدت درد: این مقیاس شامل یک خط درجه‌بندی شده است که صفر به معنی عدم وجود درد و ۱۰۰ به معنی بیشترین درد ممکن است. از فرد خواسته می‌شود میزان شدت درد خود را به صورت دیداری در زمان حال، هفته گذشته و هفته آینده، بر روی سه محور جداگانه علامت بزند. این مقیاس در پژوهش‌های متعدد به‌کار رفته است^(۴۱).

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هر دو بیمار در جدول ۱ آورده شده است.

خط‌پایه چندگانه بهره گرفته شده است. در این طرح پس از گردآوری داده‌ها در خط‌پایه برای هر آزمودنی که در شرایط محیطی تقریباً یکسان قرار دارند، آزمودنی‌ها به ترتیب و با فاصله زمانی معین وارد طرح درمانی شده و مداخله درمانی یکسانی با فاصله‌های زمانی متفاوت برای آن‌ها به‌کار گرفته می‌شود. منطق زیر بنایی طرح‌های تک آزمودنی همانند طرح‌های گروهی است و تاثیر مداخله با مقایسه شرایط متفاوتی که به آزمودنی ارائه می‌گردد، بررسی می‌شود. عملکرد آزمودنی در مرحله پیش از مداخله یا مرحله خط‌پایه، برای پیش‌بینی رفتار آزمودنی در آینده به‌کار برده می‌شود. برای بررسی تاثیر مداخله از روش ترسیم نمودار روند شدت علایم و تعیین اندازه اثر بر پایه روش میانگین کاهش خط‌پایه مربوط به پژوهش‌های تک آزمودنی بهره گرفته شده است^(۳۲). در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی استفاده شد که براساس صعود و نزول متغیر وابسته، قضاوت صورت می‌گیرد. علاوه بر تحلیل نموداری و ترسیمی، از فرمول درصد بهبودی برای بررسی معناداری بالینی تغییرات و عینی‌سازی میزان بهبود در آماج‌های درمانی استفاده شد. طبق این فرمول، ۵۰ درصد کاهش علایم به‌عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵ درصد تا ۴۹ درصد به عنوان بهبودی اندک و نهایتاً کاهش نمرات تا حد زیر ۲۵ درصد به عنوان شکست درمانی تلقی می‌شود. برای بررسی اثربخشی بالینی از فرمول اندازه اثر کوهن استفاده شد که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد داده‌هاست. اندازه اثر بالای ۰/۸ معنادار است^(۳۳).

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسش‌نامه فاجعه‌آمیز کردن: این مقیاس دارای ۱۳ سوال است که ۳ خرده مقیاس نشخوارذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی را اندازه‌گیری می‌کند و بر اساس مقیاس لیکرتی ۵ نمره‌ای (۰ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود^(۳۴). این آزمون بر اساس این فرضیه ساخته شده است که فاجعه‌آمیز کردن درد با سطوح مختلف درد، ناتوانی جسمانی و ناتوانی روان‌شناختی، در ارتباط است^(۳۵). در تحقیق سالیوان و همکاران^(۳۴) نشخوارذهنی ۴۱٪ واریانس

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

بیمار	متغیر	بیمار اول	بیمار دوم
	سن	۲۹	۳۵
	وضعیت تاهل	متاهل	متاهل
	میزان تحصیلات	فوق دیپلم	لیسانس
	شغل	خانه‌دار	خانه‌دار
	محل ادراک درد	کمر	کمر
	مدت درد	۷ سال	۱۱ سال

با توجه به نمرات هر دو بیمار جدول ۲ و ۳ در خطوط پایه، طول درمان و دوره پیگیری، می‌توان نتیجه گرفت که نمرات بر اساس تمامی مقیاس‌ها روندی رو به بهبود داشته و در پیگیری ۵ هفته‌ای این روند حفظ شده است. نمرات درصد بهبودی کلی هر دو بیمار حاکی از معناداری بالینی تغییرات می‌باشد. همچنین نمرات اندازه اثر بالا (یعنی بالای ۰/۸) اثر بخشی بالینی روش درمان را نشان می‌دهد.

جدول ۲: نمرات میانگین، درصد بهبودی و اندازه اثر بیمار اول در مراحل خط پایه، دوره درمان و پیگیری

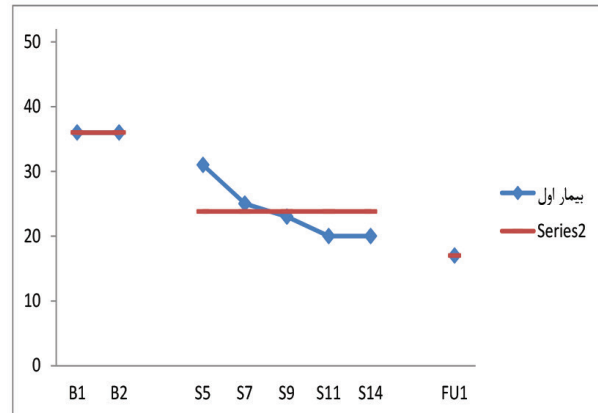
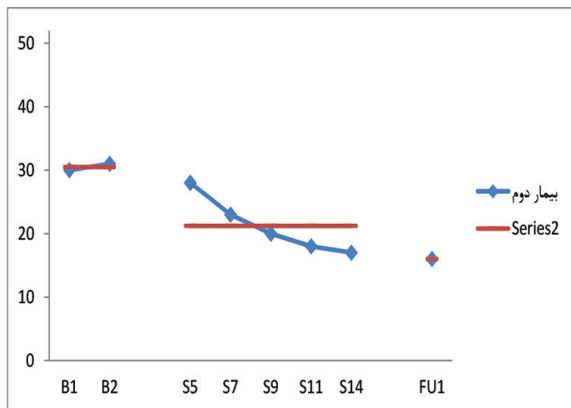
پرسشنامه	میانگین خط پایه	میانگین دوره درمان	درصد بهبودی کلی	اندازه اثر	میانگین دوره پیگیری	درصد بهبودی پیگیری
پرسشنامه‌های فاجعه‌آمیزی	۳۶	۲۳/۸۰	۴۴/۴۴	۱/۷۴	۱۷	۵۲/۷۸
ترس از حرکت	۴۸/۵۰	۲۷/۶۰	۴۷/۹۲	۲/۱	۲۲	۵۴/۱۷
ناتوانی ناشی از درد	۱۷	۱۰/۲۰	۵۸/۸۲	۱/۶	۶	۶۴/۷۱
نمره دیداری درد	۱۹۰	۱۲۹	۵۰	۱/۵۳	۹۰	۵۰

جدول ۳: نمرات میانگین، درصد بهبودی و اندازه اثر بیمار دوم در مراحل خط پایه، دوره درمان و پیگیری

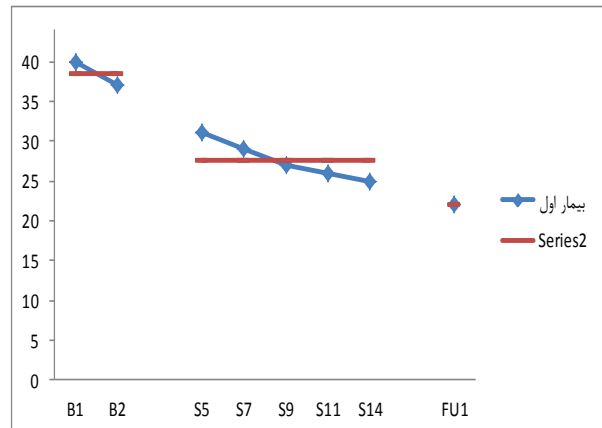
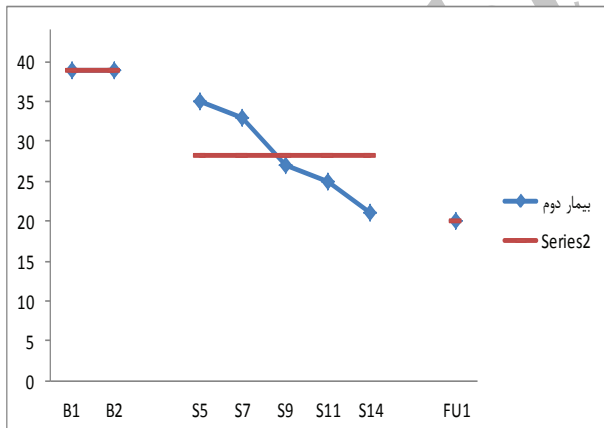
پرسشنامه	میانگین خط پایه	میانگین دوره درمان	درصد بهبودی کلی	اندازه اثر	میانگین دوره پیگیری	درصد بهبودی پیگیری
پرسشنامه‌های فاجعه‌آمیزی	۳۰/۵۰	۲۱/۲۰	۴۵/۱۶	۱/۶۰	۱۶	۴۸/۳۹
ترس از حرکت	۴۳	۲۹/۴۰	۵۱/۱۶	۱/۴۸	۲۰	۵۳/۴۹
ناتوانی ناشی از درد	۱۸	۱۱/۸۰	۵۰	۱/۶۰	۸	۵۵/۵۶
نمره دیداری درد	۲۳۷/۵	۱۵۳	۴۱/۳۰	۱/۹۶	۹۰	۶۰/۸۷

میزان تغییر با توجه به روند یا شیب نمودارها کاهش پیوسته‌ای را تا آخرین جلسه درمان نشان می‌دهد و در مرحله پیگیری نسبت به مرحله خط پایه، سطح نمرات در همگی پرسش‌نامه‌ها پایین‌تر است.

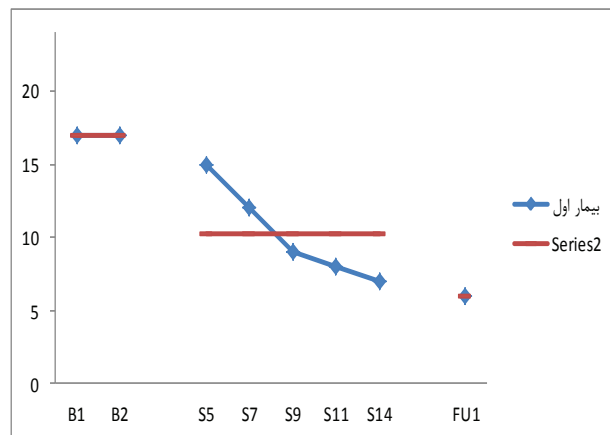
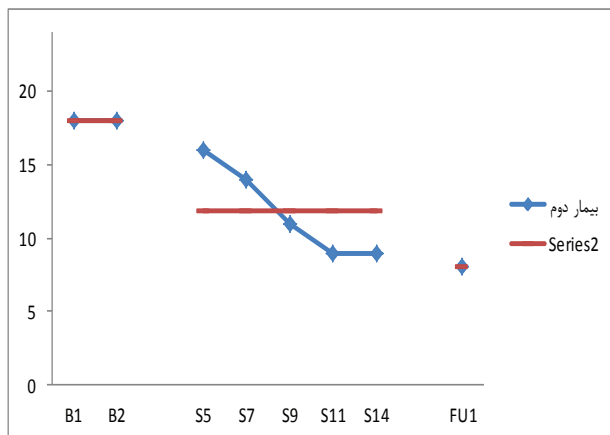
در نمودارهای زیر نمرات هر دو بیمار براساس ابزارهای به‌کار رفته در مراحل پیش‌آزمون، حین جلسات درمان و پیگیری به صورت ترسیمی نشان داده شده است. به‌طور کلی، در هر دو بیمار تغییر مرحله از خط پایه به مرحله مداخله درمانی با دوره نهفتگی ۲ هفته‌گی (خطوط پایه)،



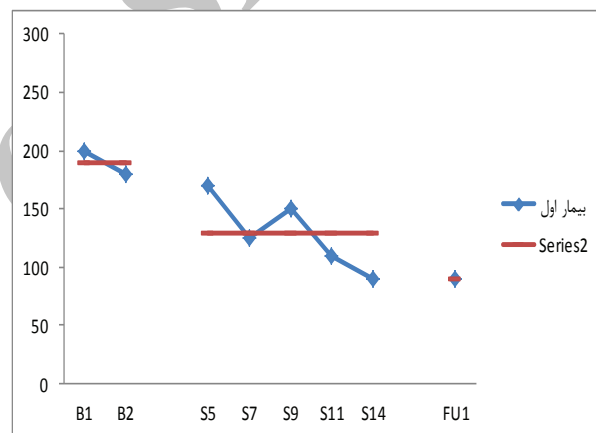
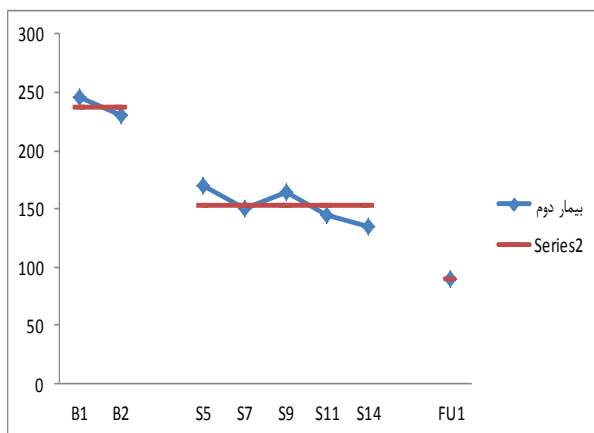
نمودار ۱: روند تغییر نمرات فاجعه‌آمیزی بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری



نمودار ۲: روند تغییر نمرات ترس از حرکت بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری



نمودار ۳: روند تغییر نمرات ناتوانی ناشی از درد بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری



نمودار ۴: روند تغییر نمرات شدت درد بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری

از حرکت و پذیرش بیشتر درد در یک بیمار مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی می‌شود^(۲۱). همچنین این نتایج هم‌سو با پژوهش دیگری بود که در آن ذهن‌آگاهی به‌عنوان مهم‌ترین تکنیک رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش متغیرهای فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد و شدت درد شد^(۱۷). در تبیین یافته حاصل، به دلایل کاربرد هر یک از تکنیک‌های به‌کار رفته در این پژوهش می‌پردازیم: آموزش مهارت‌های تکنیک تحمل پریشانی به بیمار کمک می‌کند به هنگام تجربه هیجان منفی مانند درد، به انجام فعالیت‌های لذت بخش و مورد

بحث

هدف کلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش مشکلات ناشی از درد بیماران دارای دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی بود که نتایج مطالعه حاکی از تاثیر آن بر کاهش فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد و شدت درد بود. اگرچه، پژوهشی که به‌طور خاص این تاثیر را نشان دهد در ایران یافت نشد، نتایج پژوهش حاضر هم‌سو با نتایج پژوهشی بود که نشان داد تکنیک‌های مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش فاجعه‌آمیزی، ترس

روزمه، رفتن به خرید، مهمانی و پیاده‌روی و تحرک در حد اوقاتی که ادراک کمی از درد دارند و یا درد ندارند. همچنین، به منظور شناسایی محیط نگهدارنده رفتارهای ناکارآمد و جایگزینی آن‌ها با رفتارهای کارآمد، از تکنیک زنجیره تحلیل رفتاری استفاده شد. این تکنیک نیز یکی از تکنیک‌های رفتاری است که به بیمار کمک می‌کند تا از طریق شناسایی و حذف تقویت‌کننده‌های محیطی که موجب پایداری رفتارهای ناکارآمد می‌شوند، بسامد این رفتارها را کم کرده و رفتارهای جدیدی را جایگزین کند. تکنیک اعتباربخشی به بهترین شکل ترکیب هم‌زمان مفاهیم دیالکتیکی پذیرش و تغییر را نشان می‌دهد. درمانگر بارها و بارها این تکنیک را در طول جلسات درمان به کار می‌برد تا به کمک آن بتواند بیمار را به انجام تکالیف مربوط به تغییر رفتار سوق دهد. درمانگر تکنیک اعتباربخشی را به کمک تکنیک رفتاری تقویت به کار می‌برد مانند تقویت رفتارهای مناسبی که بیمار در طول جلسه درمان نشان می‌دهد^(۱۶). هنگامی که افراد فیدبک‌های مثبتی از دیگران دریافت می‌کنند و در طولانی مدت این فیدبک‌ها تقویت می‌شوند، به احساس ثبات در تایید خود می‌رسند و در این زمان حتی در صورت مواجه شدن با رخداد‌های آزاردهنده و احساسات دردناک، قادر به پذیرش و تحمل آن می‌شوند همان‌طور که در مقدمه پژوهش به آن اشاره شد، تکنیک ذهن‌آگاهی به صورت زندگی آگاهانه در هر لحظه بدون دلبستگی به آن، قضاوت نکردن درباره آن و پذیرش احساسات و عواطف منفی، تعریف می‌شود^(۱۵). ذهن‌آگاهی هسته اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی است که فرآیند تنظیم هیجان را تسهیل می‌کند. آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا به جای کنترل توجه، فقط و فقط مشاهده‌گر افکار و هیجانات خود باشند. در مقایسه با تکنیک‌های رفتاری، ذهن‌آگاهی مستلزم پذیرش این تجربیات بدون تلاش برای تغییر، تعبیر، انکار یا اصلاح آن‌ها می‌باشد. عملکرد ذهن‌آگاهی نیز در بافتی از پذیرش و تغییر (دیالکتیک) صورت می‌گیرد^(۱۶). این اهداف دوگانه

علاقه خود پردازد. این مهارت‌ها مانند توجه‌برگردانی، خود آرامش‌بخشی به کمک حواس پنجگانه و تصویرسازی از مکان امن موجب می‌شود تا بیمار با هیجان‌های آشفته‌ساز بهتر مقابله کرده و او را نسبت به این هیجان‌ها، مقاوم‌تر می‌کند. در توجه‌برگردانی با تمرکز بر هیجانات مثبت بین هر دو هیجان مثبت و منفی تعادل ایجاد می‌گردد که در همه تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی به آن تاکید می‌شود. در واقع، بارزترین تفاوت رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان‌های شناختی- رفتاری تاکید آن بر تنظیم هیجان و بدتنظیمی هیجانی است؛ بدتنظیمی هیجانی شامل همان رفتارهای ناکارآمدی است که بیمار در طول جلسه درمان ممکن است از خود نشان دهد^(۱۶). آموزش این مهارت موجب می‌شود افراد کنترل بیشتری روی هیجان‌های آشفته‌ساز خود داشته باشند. برگه‌های مثبت هیجان، مواجهه و زنجیره تحلیل رفتاری از نمونه تکنیک‌های رفتاری است که درمانگر به کمک آنها فرآیند تنظیم هیجان را به بیماران خود آموزش می‌دهد که در این پژوهش توسط درمانگر به بیماران آموزش داده شد. مواجهه شدن با هیجانات به افراد کمک می‌کند تا ظرفیت پذیرش احساسات را در خودشان ایجاد کنند، از طرفی، انجام عمل متضاد به‌طور هم‌زمان، به تغییر رفتار درمان‌جو کمک می‌کند؛ بنابراین امکان ترکیب اهداف دوگانه پذیرش و تغییر را که در تمامی تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی دیده می‌شود، فراهم می‌کند. طبق نظر بائر مواجهه طولانی با احساسات مربوط به درد مزمن در غیاب افکار فاجعه‌آمیز منجر به حساسیت‌زدایی نسبت به این احساسات و کاهش هم‌زمان پاسخ‌های هیجانی فراخوانده شده می‌شود^(۳۲). در پژوهش حاضر، به هر دو بیمار آموزش داده شد تا در هنگام تجربه درد از انجام رفتارهای قبلی مانند استراحت مداوم و در جا ماندن، و اگذار کردن مسئولیت خود به افراد دیگر از جمله همسر و به طور کلی اجتناب از فعالیت‌های فیزیکی، خودداری کرده و به انجام برخی فعالیت‌های جایگزین پردازند مانند سرگرم شدن با انجام امور

محدودیت‌ها و پیشنهادات

خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش حاضر مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر است و تکرار دوباره پژوهش با ابزارهای عینی‌تر که در مقابل سوگیری‌ها مقاوم‌تر هستند، توصیه می‌شود. همچنین، بهتر است در مطالعات موردی آتی این روش درمان با سایر درمان‌های شناختی - رفتاری و درمان‌های دارویی مقایسه شود. به منظور بررسی بهتر حفظ نتایج می‌توان از دوره‌های طولانی‌تر پیگیری نیز استفاده کرد.

تقدیر و تشکر

به رسم اخلاق و امانت‌داری علمی، از همکاری و مساعدت جناب آقای دکتر محمد حسین قدرتی مسئول کلینیک درد تبریز و همچنین بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش، تقدیر و تشکر می‌شود.

یعنی پذیرش آن‌چه تغییر نمی‌کند و تغییر آن‌چه که می‌توان تغییر داد، موجب انعطاف‌پذیری واکنش‌های رفتاری بیماران در هنگام تجربه درد شده که طبق دیدگاه شناختی- رفتاری زیربنای رفتار درمانی دیالکتیکی توجیه می‌شود: با کاهش افکار فاجعه‌آمیز و عقاید ترس از حرکت، رفتارهای مربوط به درد مانند ژست ناتوانی و عدم تحرک اندام‌ها نیز کاهش می‌یابد. در واقع، این نتیجه بر اساس مدل ترس- اجتناب که در مقدمه پژوهش به آن اشاره گردید، نیز تبیین می‌گردد. طبق این مدل، افکار فاجعه‌آمیز موجب ترس از درد، ترس از حرکت و ترس از آسیب مجدد می‌شود که رفتارهای اجتنابی و گوش به زنگی بالا را به دنبال دارد و در طولانی مدت به علت عدم به‌کارگیری اندام‌های درگیر (به‌ویژه اندام‌های تحتانی)، منجر به ناتوانی در حرکت، کناره‌گیری اجتماعی، افسردگی و در نهایت شدت بیشتر درد، می‌شود^(۷).

نتیجه‌گیری

با توجه به این واقعیت که شدت درد تجربه شده در بیماران دارای درد مزمن، رابطه‌ای با میزان آسیب بافتی ندارد، این بیماران گاهی با سرسختی زیاد به جستجوی راهی برای کنترل دردشان، پافشاری می‌کنند و با این پافشاری برای رهایی از درد، ماهیت کنترل نشدنی درد خود را انکار و در عین حال اثبات می‌کنند. تناقض موجود در موقعیت‌هایی از این قبیل، منجر به گرایش به رویکردهایی متعادل‌تر مانند رویکردهای مبتنی بر پذیرش شده است که در آن‌ها به بیمار جهت مدیریت جنبه‌های قابل کنترل و پذیرش جنبه‌های غیرقابل کنترل، آموزش داده می‌شود. از طرفی، با وجود اینکه وقوع هم‌زمان درد و هیجان امری مسلم است، اما کاربرد مداخلات متمرکز بر تنظیم هیجان در درمان دردهای مزمن، هنوز در مراحل اولیه خود می‌باشد. بنابراین، از میان مداخلات درمانی موفق برای این افراد، می‌توان به درمان‌های موج سوم (درمان‌های متمرکز بر تنظیم هیجان) روان‌شناسی اشاره کرد.

References

1. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*. 1979;6(4):249-50.
2. khatibi M, Dehghani M, Alizadeh K. [The role of fear of movement in chronicity of pain in patients with musculoskeletal chronic pain (Persian)]. *Res Behave Sci* 2008;6(2):69-78.
3. Arnstein P. The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disabil Rehabil*. 2000 Nov 20;22(17):794-801.
4. Cano A, Leonard MT, Franz A. The significant other version of the pain catastrophizing scale (PCS-S): Preliminary validation. *Pain*. 2005 Dec 15;119(1-3):26-37.
5. Buer N, Linton SJ. Fear-avoidance beliefs and catastrophizing occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *Pain*. 2002 Oct;99(3):485-91.
6. Lang k, Corbunova A, Christ O. The influence of pain mindfulness different aspects of pain perception and affective reactivity to pain: Feasibility of opermultimethodical approach. *Mindful*. 2012;3: 209-17.
7. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000 Apr;85(3):317-32.
8. Leeuw M, Goossens ME, van Breukelen GJ, de Jong JR, Heuts PH, Smeets RJ, et al. Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: results of a randomized controlled trial. *Pain*. 2008 Aug 15;138(1):192-207.
9. Scott W, Wideman TH, Sullivan MJ. Clinically meaningful scores on pain catastrophizing before and after multidisciplinary rehabilitation: a prospective study of individuals with subacute pain after whiplash injury. *Clin J Pain*. 2014 Mar;30(3):183-90.
10. Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. *Eur J Pain*. 2007 Feb;11(2):164-70.
11. Linton SJ. A transdiagnostic approach to pain emotion. *J Applied Bio behave Res*. 2013;18:82-103.
12. Linton SJ, Bergbom S. Understanding the link between depression and pain. *Scand J Pain*. 2011; 2: 47-54.
13. Neacsiu AD, Ward-Ciesielski EF, Linehan M. Emerging approaches to counseling intervention: Dialectical behavior therapy. *Couns Psycho*. 2012; 2(1): 1-30.
14. Feigenbaum J. Dialectical behavior therapy. *Treatment Approaches* 2008;7(3): 112-6.
15. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomized controlled clinical trial. *Behave Res Ther*. 2009;47:353-8.
16. Lynch TR, Chapman AL, Rosental MZ, Kuo, JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol*. 2006;62(4):459-80.
17. Schutze R, Rees C, Preece M, Schutze M. Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*. 2010;148(1):120-27.
18. Kang Y, Gruber J, Gray JR. Mindfulness and de-automatization. *Emot Rev*. 2013;5(2):192-201.
19. Cassidy EL, Atherton RJ, Robertson N, Walsh DA, Gillett R. Mindfulness, functioning and catastrophizing after multidisciplinary pain management for chronic low back pain. *Pain*. 2012;153(3): 644-50.
20. Garland EL, Gaylord SA, Palsson D, Faurot K, Mann JD, Whitehead WE. Therapeutic mechanisms of a mindfulness- based treatment for IBS: Effect on

- visceral sensitivity, Catastrophizing, and affective processing of pain sensations. *J Behave Med.* 2012;35:591-602.
21. Linton SJ. Applying dialectical behavior therapy to chronic pain: A case study. *Scand J Pain.* 2010;1:50-4.
 22. Campbell JM. Statistical comparison of four effect size for single-subject design. *Behav Modification.* 2004;28:234-46.
 23. Ogels BM, Lunnen KMQ, Bonesteel K. Clinical significance: History, Application and current practice. *Clin Psychol Rev.* 2001;21(3):421-46.
 24. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychol Assessment.* 1995;7(4):524-32.
 25. Osman A, Barrios FX, Kopper BA, Hauptmann W, Jones J, O'Neill E. Factor structure, reliability, and validity of the pain catastrophizing scale. *J Behav Med.* 1997; 20(6): 589-605.
 26. Mohammadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. [The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses (Persian)]. *Int J behav sci.* 2013;7(1):57-66.
 27. Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Manage.* 1990;3:35-43.
 28. Jafari, H, Ebrahimi E, Salavati M, Kamali M, Fata L. [Tampa Scale for Kinesiophobia: cross-cultural adaptation, factor structure, and psychometric properties in Iranian low back pain patients (Persian)]. *J Rehabil.* 2010;11:15-22.
 29. Afsharnejad T, Rezaie S, Yosefzadeh S. [The relation fear of movement and pain intensifying physical disability in patients suffering chronic low back pain (Persian)]. *J Rehabil.* 2010;11(2):21-28.
 30. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. *Spine.* 1983; 8(2): 141-4.
 31. Khatibi A, Dehghani M, Sharpe L, Asmundson GJG, Pouretamad H. Selective attention towards painful faces among chronic pain patients: Evidence from a modified version of the dot-probe. *Pain* 2009; 142(1-2): 42-7.
 32. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Prac.* 2003;10(2):125-43.

Efficacy evaluation of Dialectical Behavioral Therapy techniques in reducing problems of patients with Musculoskeletal Chronic Pain

Maryam Amini Faskhoudi^{1*}, Majid Mahmoud Alilou², Abbas Bakhshipour Roudsari², Mohammad Hossein Ghodrati³

1. MSc in Clinical Psychology, University of Tabriz, Tabriz.
2. PhD of Clinical Psychology, Professor at University of Tabriz, Tabriz.
3. Anesthesiologist, Fellowship of Pain, Tabriz

ABSTRACT

Aim and Background: This study aimed at investigating the effectiveness of dialectical behavior therapy techniques in reducing catastrophizing, fear of movement, pain disability, and pain intensity in musculoskeletal chronic pain sufferers.

Methods and Materials: This study is a single subject investigation based on multiple baseline design which is one of quasi-experimental research methods. The participants were two women suffering chronic back pain who were selected through purposive non-random sampling method among clients of Pain Clinic of Tabriz, based on pain specialist diagnosis, clinical interview and screening tools. The protocol was conducted in 12 and 60-minute sessions. Also two baseline sessions and one month follow up session were added. Catastrophizing, fear of movement, pain disability and pain intensity questionnaires were filled by subjects in 5th, 7th, 9th, 11th, 14th baseline sessions and the follow up session. Treatment results were investigated through visual inspection method.

Findings: According to our results, Dialectical Behavior Therapy was effective in reducing catastrophizing, fear of movement, pain disability and pain intensity. Also these effects were maintained in patients to a large extent in the follow up session.

Conclusions: Psychological as well as medical treatment can be helpful in patients with chronic musculoskeletal pain.

Keywords: Dialectical behavior therapy, chronic musculoskeletal pain, catastrophizing, fear of movement, pain disability, pain intensity

► Please cite this paper as:

Amini Faskhoudi M, Mahmoud Alilou M, Bakhshipour Roudsari A, Ghodrati M-H. [Efficacy evaluation of Dialectical Behavioral Therapy techniques in reducing problems of patients with Musculoskeletal Chronic Pain (Persian)]. J anesthes pain 2016;6(4):29-40.

Corresponding Author: Maryam Amini Faskhoudi, MSc in Clinical Psychology, University of Tabriz, Tabriz.

Email: amini.maryam329@gmail.com